INTERAZIONE TRA

IL DECADIMENTO COGNITIVO (UOMO)

E L'EMPATIA DEL CANE

TESI DI MIRKO BARDASI

La scelta di fare il corso di ***Pet Therapy*** è stata come "un lampo a ciel sereno", ho deciso in pochissimi giorni e senza avere il cane, o meglio non ho mai avuto un cane. All'inizio non nascondo che la paura e il timore di fare una scelta errata, e la domanda se mi stessi complicando la vita ulteriormente, visti i molteplici impegni lavorativi, mi hanno fatto avere delle titubanze; ma decido e mi lancio in questa avventura. La scelta si è rivelata fantastica e ora che mi trovo qui a scrivere la tesi di fine corso, sono ancora incredulo di ciò che ho fatto, ho visto e ho sentito. Sono tutt'ora meravigliato che un mondo a me sconosciuto, nasconda emozioni, verità e affetti così profondi e sinceri.

Per tutto questo devo ringraziare una persona in particolare, quella che alla fine mi ha convinto a intraprendere questa strada: Francesco Fabbri.

Proprio Francesco, in una chat che ci siamo scambiati, dopo circa 3 mesi di corso, mi risponde ad una emozione che ho avuto una domenica mattina, quando la mia canina Fly, ormai compagna di vita, all'epoca di 3 mesi e mezzo, ha fatto uno spontaneo "seduto" davanti ad una carrozzina, meravigliando anche la signora che la occupava. Fly si è fatta accarezzare e poi in maniera composta ha salutato. Per me è stato un gesto talmente bello e allo stesso tempo commovente, che ho voluto subito scrivere per chat a Francesco, per condividere con lui l'emozione provata. Francesco mi risponde così: "merito vostro, sono emozioni che non si possono tradurre" ed io commento: "tutti pensiamo che l'uomo sia l'individuo più dotato di intelligenza e di sentimenti, ma siamo sicuri di questo? Noi stiamo scoprendo un mondo che fino ad ora, era a noi purtroppo, sconosciuto" e Francesco conclude così:

"….. c'è molto da scoprire e molto da capire …..il cane non è, che non ha parole….

Il cane le toglie. Buona scoperta!"

1. Introduzione

"La salute, così come la malattia, non esistono nel vuoto sociale, ma si inseriscono in contesti relazionali e culturali, nelle opinioni dei professionisti e della gente comune, interagendo con i valori, le tradizioni e le immagini circolanti in una determinata società […]. Il sociale struttura e crea sia la nostra conoscenza di malattia, sia la stessa "malattia" in riferimento a dimensioni ideali e normative, fortemente connotate da valori, valutazioni e ideologie." Il Parlamento Europeo nel 2008 dichiara che la malattia di Alzheimer è una priorità di salute pubblica. Da questa dichiarazione diversi Paesi avviano "Piani Alzheimer" o "Piani Demenza nazionali" come ad esempio in Francia, Gran Bretagna, Norvegia, Scozia. L'Italia invece, al momento, presenta una situazione frammentata, caratterizzata da un'organizzazione regionale differente, anche se di recente ha avviato una discussione parlamentare a questo proposito. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), esprime nel 2011 anch'essa la necessità di individuare la Demenza come una priorità di salute pubblica. Dai dati oggi esistenti, emerge che ci sono 24,3 milioni di persone con demenza oggi nel mondo. Ci sono 4,6 milioni di nuovi casi, dato destinato ad aumentare; si prevedono infatti 42,3 milioni di persone malate nel 2020 e 81,1 milioni nel 2040. Questo dato si riferisce alla popolazione anziana. L'Unione Europea è al secondo posto come Paese più colpito da questo fenomeno. Per quanto riguarda i dati del 2011 presentati dall'ADI (Alzheimer's Disease International), specifica che i malati di Alzheimer in Italia sono un milione.

Ogni Paese ha il compito di agire per dare risposta a quello che è un problema sempre più incalzante per la società. Quest'ultima infatti contribuisce a creare l'immagine che abbiamo di questa malattia, e deve creare le opportunità per conoscerla, comprenderla ma soprattutto per gestirla. Importantissimo è il concetto di gestione di malattia oltre il punto di vista farmacologico. Riuscire a trovare un modo per alleviare le sofferenze psicologiche delle persone con demenza è fondamentale nella società di oggi ed è qui che ***la Pet Therapy*** può avere un ruolo fondamentale.

Si tratta di una forma di demenza nel corso della quale i malati subiscono un'erosione progressiva della propria storia passata, annullando, in un percorso a ritroso, la loro esperienza di vita – i ricordi dell'infanzia sono gli ultimi a svanire – e sono sempre meno in grado di organizzare il loro futuro. La loro vita è sempre più condizionata da chi li assiste; i loro ricordi, man mano che la malattia evolve, sono sempre più affidati alla memoria, agli affetti, alle capacità di cura e alla professionalità di chi li circonda.

La nascita di particolari malattie, come appunto le demenze, sono dovute alla composizione e agli stili di vita della società moderna. L'invecchiamento della popolazione è uno dei temi più dibattuti in tutti i campi: dal sociale, all'economico al sanitario. Si tratta di un tema centrale anche nel nostro Paese, dove già a partire dagli anni '60 del XX secolo si inizia a parlare di aumento dell'aspettativa di vita. Le demenze in generale, e l'Alzheimer in particolare, sono state malattie per lungo tempo ignorate, ma il crescente aumento di persone affette da diverse forme di demenza, ha comportato una sempre maggiore considerazione e attivazione da parte delle famiglie e dei servizi. Soprattutto le famiglie sono quelle che risentono maggiormente di questa patologia perché avere un malato di Alzheimer "in casa" rende tutti i componenti della famiglia coinvolti sia a livello sociale che a livello psicologico. ***Cercare di alleviare tale situazione gravosa può essere un compito della Pet Therapy.***

L'Alzheimer, come le altre forme di demenze, richiede un carico di cura assistenziale non indifferente. La risposta principale a questa malattia è di tipo informale, ovvero fornita dai familiari, in particolare il caregiver, colui che presta la maggior assistenza al familiare malato. *Per risposte formali, vengono invece intesi tutti i servizi presenti nel territorio nazionale e regionale atti a rispondere alle necessità della persona malata, ma anche della famiglia e tra queste risposte può essere inserita la Pet Therapy.*

2. Capitolo primo: Malattia di Alzheimer

2.1. Inquadramento generale

Anche in Italia se da una parte ritroviamo una stabilità della popolazione in età inferiore ai 60 anni, nella seconda metà del XX secolo si presenta un incremento di oltre il 100% di quella tra i 60 ed i 79 anni e di circa il 300% di quella ultraottantenne. Tali cambiamenti non possono che comportare delle implicazione economiche e sociosanitarie. In base ai dati del 2010 presentati dallo studio Istat; l'Italia è un paese in continuo invecchiamento e si colloca al secondo posto in Europa per l'indice di vecchiaia. Il progresso medico, se da una parte ha portato ad una aspettativa di vita maggiore, dall'altra parte ha visto l'insorgere di diverse malattie che negli anni sono andate modificandosi dapprima le malattie infettive, poi le degenerative. L'Alzheimer è una delle forme di malattia degenerativa più comune tra gli anziani.

2.2. Storia dell'Alzheimer

"Come si chiama?" "Augusta" "Cognome?" "Augusta" "Come si chiama Suo marito?" "Credo Augusta" "Suo marito?" "Ah, mio marito…" "E' sposata?" "Con Augusta" "Signora D.?" "Si, con Augusta D." È uno dei molti colloqui affrontati da Alois Alzheimer, neuropatologo e psichiatra tedesco (1964 – 1915) nel novembre 1901 con la paziente Augusta D. All'età di 51 anni, fu ricoverata nella Clinica per Dementi ed Epilettici di Francoforte perché aveva un quadro clinico con: "Debolezza di memoria, manie di persecuzione, insonnia, agitazione, incapacità a svolgere ogni lavoro fisico e mentale." I disturbi presentati dalla signora erano di difficile definizione all'interno delle malattie conosciute al tempo. Alois Alzheimer, decise, data la particolarità dei sintomi, di documentare in modo preciso il decorso della malattia che si presentava simile ad alcune demenze già conosciute. Le caratteristiche della signora erano principalmente una forte gelosia verso il marito e sintomi quali persecuzione e allucinazioni uditive. Anche la perdita della memoria si presentò in modo progressivo associato ad un disorientamento nello spazio. Il decorso clinico della signora fu osservato per quattro anni, durante i quali fu protagonista di una perdita totale della memoria, mentre le funzioni cognitive e il suo comportamento iniziarono ad essere caratterizzati da una totale confusione. Questo caso fu il primo descritto di questa malattia e prese il nome di "Malattia di Alzheimer". Durante la 37° Assemblea degli Psichiatri Tedeschi sud-occidentali a Tubinga del 1906 fu presentata questa nuova forma di demenza. Per attribuire a questa nuova scoperta il nome, bisogna aspettare il 1910, quando Emil Kreapelin, il più famoso psichiatra di lingua tedesca dell'epoca, ripubblicò il suo trattato di psichiatria, nel quale definiva la nuova forma di demenza scoperta da Alzheimer e cioè "Malattia di Alzheimer".

2.3. Definizione Alzheimer

La malattia di Alzheimer è la causa più comune di demenza nella popolazione anziana dei paesi occidentali rappresentando circa il 50/60% dei casi di deterioramento mentale. Dalla letteratura emergono diversi tipi di definizione della malattia di Alzheimer: "Con il termine Alzheimer s'identifica un'affezione cerebrale degenerativa primaria, dovuta alla morte progressiva ed irreversibile delle cellule cerebrali, che comporta la perdita e la capacità di comunicare tra loro. Si tratta, in altre parole, della progressiva perdita della capacità associativa delle diverse aree della corteccia cerebrale." "Deterioramento ingravescente delle capacità cognitive e della comparsa di disturbi comportamentali e dell'affettività che portano inesorabilmente il malato ad un perdita dell'autonomia funzionale e all'impossibilità di mantenere rapporti congrui con l'ambiente circostante. " Ha un esordio "subdolo" e insidioso, difficilmente riconoscibile, e un decorso lento e progressivo. Il tratto caratteristico che porta alla diagnosi di malattia di Alzheimer, è la presenza di

lesioni delle cellule nervose che portano ad una graduale compromissione delle funzioni cognitive fin prima presenti. Questo comporta un declino intellettivo che non si può arrestare. L'autonomia della persona malata cambia; svolgere le azioni quotidiane diventa sempre più complicato: la gestione della persona malata dunque spetta a qualcun altro.

2.4. Progresso della malattia

Una caratteristica normale del processo di invecchiamento è l'indebolimento della memoria. Una diagnosi tempestiva permette di agire nel minor tempo possibile attivando le terapie più idonee. Alcuni limiti dettati dall'età non corrispondono alla presenza di una determinata demenza; occorre però individuare alcuni sintomi comuni che possono indicare la presenza o meno di una determinata demenza, in questo caso l'Alzheimer.

Tra questi ritroviamo:

1. Perdita della memoria. La perdita della memoria, in particolare di quella recente, è uno dei primi sintomi.

2. Difficoltà nelle attività quotidiane. La persona inizia a trascurare alcune faccende di casa. Può avere difficoltà soprattutto nel compiere attività che richiedono più fasi in sequenza.

3. Problemi di linguaggio. La persona malata può non trovare la parola giusta, e accade sempre più spesso, fino ad avere difficoltà a pronunciare le parole più semplici.

4. Disorientamento nel tempo e nello spazio. La persona malata frequentemente dimentica il giorno della settimana, del mese e dell'anno. Si perde in luoghi sconosciuti e successivamente anche in quelli familiari.

5. Diminuzione della capacità di giudizio. Diminuisce la capacità di riconoscere situazioni di pericolo o di valutare le conseguenze delle proprie azioni. Ad esempio la paura di essere stati derubati.

6. Cambiamenti d'umore. Possono essere repentini ed ingiustificati.

7. Cambiamenti di personalità. Si assiste al cambiamento di carattere: a volte si accentuano delle caratteristiche già presenti, altre volte ne compaiono di nuove.

8. Mancanza di iniziativa. Si stanca facilmente delle faccende domestiche, degli impegni sociali. Si può perdere ogni forma di interesse e ritrovarsi per ore a fare la stessa azione, ad esempio guardare la televisione.

Il decorso della malattia di Alzheimer si individua in quattro fasi:

1. Fase iniziale. Si ha un iniziale e minimo disorientamento spaziale in luoghi non abituali ed alterazioni lievi di orientamento nel tempo (ad esempio il malato non sa dire che giorno è). Perdita di memoria per eventi recenti che non si ripercuotono sullo svolgimento delle attività quotidiane. Ci sono alcune difficoltà nel trovare le parole ma se ne capisce il significato. Ansia, depressione o negazione della malattia compare in alcuni casi, in altri invece si ha la consapevolezza della propria situazione. Iniziano le prime difficoltà ad eseguire compiti complessi come la preparazione di pasti ecc. Le attività sociali si riducono abbandonando interessi e divertimenti. Le funzioni motorie sono ancora integre.

2. Fase moderata: In questa fase si osserva disorientamento nel tempo e nello spazio. La persona non ricorda il giorno, il mese e l'anno, ha difficoltà a imparare nuovi percorsi o a riconoscere la strada di casa. Se si trova in un luogo familiare la perdita della memoria è più severa e ha difficoltà ad apprendere nuove nozioni. I compiti complessi come gestire correttamente le faccende complesse o scegliere gli indumenti da indossare, sono compromessi. Il linguaggio soffre di disturbi evidenti, dimenticando parole usate comunemente ed ha difficoltà a capire quanto le viene detto. Talvolta la persona è incapace di svolgere attività motoria coordinata nonostante non ci sia alcun impedimento fisico. La persona malata, nonostante mantenga la capacità di percepire e registrare gli stimoli sensoriali, interpreta con difficoltà le informazioni visive, uditive e tattili. Si osservano alterazioni del comportamento (insonnia, irrequietezza e vagabondaggio) con una progressiva perdita di autonomia sia all'interno che all'esterno dell'ambiente domestico. La persona malata quindi ha necessità di essere accompagnata e ha bisogno di supervisione e assistenza nella cura personale.

3. Fase severa. La perdita di memoria è grave, la persona non riconosce volti e luoghi familiari. La capacità di esprimersi con le parole e di capire cosa le viene detto si perde quasi totalmente; la comunicazione non verbale invece si mantiene più a lungo. Alterazione del sonno, vagabondaggio, urla, agitazione, irritabilità, inappetenza o voracità sono disturbi del comportamento che si manifestano di più. La persona è completamente dipendente da altri.

4. Fase terminale. C'è una totale incapacità di esprimersi, l'allettamento in tutte le sue forme conduce verso uno stato vegetativo e verso il fine vita. Per questo motivo in tutte queste fasi è

importante salvaguardare i diritti della persona malata, sostenendo le persone che se ne prendono cura attraverso servizi di assistenza socio -assistenziale e familiare.

2.5. Diagnosi

Secondo i criteri diagnostici internazionali, clinicamente si deve sempre parlare di malattia di Alzheimer probabile o possibile, perché la diagnosi di certezza si può fare solo esaminando il tessuto cerebrale dopo la morte. La persona affetta da Alzheimer non è sempre consapevole della portata dei suoi problemi, per questo motivo molto spesso a svolgere un ruolo chiave nella formulazione di una diagnosi è la famiglia, che richiede il consulto medico. Succede quando i problemi di memoria o del comportamento sono diventati tali da nuocere alla dimensione della vita quotidiana. A volte c'è un ritardo nella diagnosi perché si pensa che i disturbi della memoria siano collegati all'invecchiamento, oppure perché i familiari temono la diagnosi.

Eticamente è molto importante la tempestività in quanto la persona malata, una volta venuta a conoscenza della propria diagnosi, ha la possibilità di agire evidenziando le proprie volontà e desideri per permettere ai familiari di potersi attivare in quello che sarà la cura assistenziale.

La malattia ha un decorso di circa 8 anni ma, a volte, la durata può essere anche maggiore. Il decorso della malattia porta inevitabilmente familiari, operatori sanitari, servizi ad essere coinvolti in quello che risulta essere il carico di cura; la malattia infatti comporta serie difficoltà.

2.6. Trattamento

La gestione del paziente affetto da una simile patologia grava sulla rete sociale che lo circonda, che deve essere informata ed in grado di potersi occupare del proprio caro nel miglior modo possibile. **La creazione di un'alleanza terapeutica che si instauri tra i caregivers e le figure assistenziali, come medici, psicologi e fisioterapisti, è pertanto un elemento fondamentale**. Coloro che si occupano del paziente devono infatti formare un vero e proprio team multidisciplinare, che possa rispondere sia alle necessità dell'individuo, che alle domande dei familiari. Alla luce delle quotidiane conoscenze non esiste una cura efficace per la malattia di Alzheimer e per le demenze in generale, perciò si opta per trattamenti mirati al ripristino dei fisiologici livelli di acetilcolina, che nella patologia sono alterati.

Per quanto concerne l'aspetto riabilitativo, vi sono vari interventi che possono essere attuati:

- Lo svolgimento di sedute di **rieducazione motoria**, volte al mantenimento di un buon tono muscolare e mirate a contrastare gli effetti nocivi di un prolungato allettamento. *In tale trattamento può essere inserito anche intervento di Pet Therapy per favorire il binomio positivo con il paziente.*
- La proposta di esercizi di **riabilitazione neurocognitiva**, nei quali si possa creare un setting terapeutico ricco di "cues" (spunti) combinati di tipo tattile, uditivo e visivo, finalizzati a stimolare le funzioni cognitive residuali del paziente. *In questa fase è di primaria importanza intervenire anche con "pet" così da eliminare la noia e la disattenzione tipici della patologia, e cercare con l'intervento della Pet Therapy di focalizzare maggiormente sui cues combinati.*
- **Training cognitivi**, focalizzati ad un lavoro privilegiato nei confronti delle funzioni mnesiche, in cui si mira al recupero delle capacità di immagazzinamento di nuove informazioni (encoding), che risulta particolarmente deficitaria nella patologia e al rinforzo della memoria implicita, come la rievocazione di ricordi (retrieval), la quale risulta relativamente conservata. *Per la rievocazione della memoria passata, l'intervento di un "pet" può facilitare lo sgombro dell'ansia dal paziente così da aiutare il fisioterapista nella sua opera di recupero mnesico.*
- Terapie di gruppo con **Pet Therapy**, che favorisce il coinvolgimento in attività motorie con soggetti con lo stesso tipo di problema. In tal modo il feedback sullo svolgimento degli esercizi deriva anche dal confronto e la formazione di un gruppo incentiva la socializzazione, così da contrastare condizioni di apatia e isolamento, che non di rado si riscontrano in questo tipo di realtà.

Che si tratti di attività ricreative o di compiti domestici di routine, le attività aiutano a strutturare la giornata, favoriscono la socializzazione e ci danno la misura di quello che possiamo fare. Molte attività e passatempi dei malati di demenza sono impediti o limitati dalla perdita di memoria, da problemi di concentrazione e difficoltà fisiche. In tutti i casi il malato mancherà di iniziativa o non sarà capace di avviarsi. L'inattività può portare ad un generale deterioramento delle condizioni fisiche, oltre che alla noia. Il movimento e l'attività fisica recano beneficio al malato di demenza in diversi modi: lo aiutano a rimanere indipendente, mantengono e stimolano le sue capacità mentali e fisiche, contribuiscono a fargli consumare le energie in eccesso e a facilitare il sonno notturno. Incoraggiare il malato ad avere degli interessi, a restare attivo e a fare del movimento può aiutarlo a condurre una vita il più normale possibile.

In conclusione, il *trattamento della malattia di Alzheimer si pone come scopi primari di rallentare la progressione della malattia, di creare una valida rete assistenziale attorno al paziente e ai suoi familiari e di rendere più sopportabile e meno gravoso il naturale decorso della patologia*. ***Essenziale è dunque avere in famiglia un punto di riferimento assistenziale che possa fare da raccordo alle varie problematiche emergenti. Eseguendo terapie domiciliari da tanti anni posso affermare che spesso questa figura è proprio il Fisioterapista. Essere un punto di riferimento per il nucleo familiare è un nostro obiettivo e motivo di soddisfazione professionale.***

Come trovare attività piacevoli per il malato

- Cercare di coinvolgere il malato nelle attività quotidiane, anche se il suo aiuto non è realmente necessario
- Suggerire un'attività che riteniamo gli possa far piacere
- Enfatizzare il divertimento, non il risultato
- Se non può più continuare le sue attività abituali, trovargli nuovi interessi
- Semplificare per quanto possibile le attività, oppure aiutarlo senza sostituirsi a lui
- Fare in modo che il malato faccia un po' di moto all'aria aperta

Come evitare che si senta scoraggiato, frustrato o annoiato

- Limitare la durata dell'attività (dai 15 ai 20 minuti)
- Interrompere l'attività ai primi segni di stanchezza o frustrazione
- Offrirgli a intervalli regolari un bicchiere d'acqua o un succo di frutta
- Individuare un compito che il malato sia in grado di assolvere e fornirgli l’aiuto necessario

---

Come trovare attività piacevoli per il malato

Cercare di coinvolgere il malato nelle attività quotidiane

Aiutare nei lavori domestici può dare al malato uno scopo e un senso di utilità. Si può

incoraggiarlo a fare qualcosa per la casa o per il giardino (per esempio, pulire il tavolo, lavare la macchina, spolverare, rastrellare le foglie, tagliare l'erba, mondare le verdure, piegare e ripiegare la biancheria o i fazzoletti, ecc.). Anche se il lavoro non è strettamente necessario o andrà poi rifatto, queste attività possono contribuire ad accrescere l'autostima, specialmente se ogni tanto le accompagniamo con una parola di elogio e di incoraggiamento. Può anche essere un modo di fare qualcosa insieme. Se nell'attività c'è uno scopo evidente, il malato ne trarrà maggiore soddisfazione. Col progredire della malattia può darsi che il suo ruolo diventi meno attivo, ma certi lavori ripetitivi come riempire dei contenitori o piegare i tovaglioli gli saranno probabilmente ancora possibili.

Suggerire un'attività che riteniamo gli possa far piacere

Quando si è alla ricerca di un'attività che il malato di demenza svolga volentieri, è importante pensare alle cose che gli piacevano prima, magari quando era giovane. Se necessario si può dare una mano o semplificare l'attività quanto basta perché il malato riesca a portarla a termine (ad es. lavorare a maglia una sciarpa invece di un pullover, pedalare sulla cyclette invece che su una vera bicicletta, preparare una torta insieme, dividere per colore le carte del mazzo invece di fare un vero e proprio gioco, ecc.). In questo modo il malato potrà ancora ricavare piacere da qualcosa che era diventato per lui troppo difficile.

Tenendo presenti i precedenti interessi e la personalità dell'individuo, si possono trovare nuovi compiti e attività che egli sia fisicamente e mentalmente in grado di svolgere (sia pure con un aiuto). Per esempio, una persona il cui lavoro consisteva nel produrre oggetti, può trovare piacevole aiutare a cucinare; chi era portato alla cura dei particolari e all'ordine, può gradire collezionare francobolli o sistemare fiori, mentre qualcuno che ha gusto artistico si potrà divertire a dipingere.

Suggerimenti per la scelta di attività piacevoli

- **Passeggiare**: è un'occasione per stare all'aria aperta, fare esercizio fisico e vedere paesaggi diversi
- **Ballare**: molti malati di demenza mantengono la capacità di ballare, apprezzano la musica e si divertono a rivivere antichi momenti di felicità
- **Ascoltare musica**: può darsi che il malato ricordi le parole e gli piaccia accompagnare con il canto
- **Leggere** libri e giornali, o ascoltarne la lettura: anche se le storie sono già note al malato
- Guardare la **televisione** (vecchi film già visti), evitando però ciò che può fargli paura
- Guardare **videocassette** di avvenimenti familiari importanti (matrimoni, anniversari, ecc.)
- Prendere parte a **feste** tradizionali, di famiglia, nazionali o religiose
- Stare in **compagnia** (inclusi bambini e animali domestici): gli animali domestici possono rappresentare un conforto e qualcosa con cui parlare e giocare; un animale di peluche può talvolta funzionare da sostituto
- Fare **giochi di società** (tombola, domino, backgammon, carte, ecc.)
- **Dipingere**: può rappresentare un'occasione per esprimere se stessi e comunicare
- Guardare **album di fotografie**
- Fare **giardinaggio**, anche piante da interni
- **Truccarsi**
- **Collezionare** e mettere in ordine oggetti (francobolli, fiori secchi, ritagli di riviste)
- Ascoltare **canzoni**, guardare **film** o parlare in **lingua straniera**: molte persone bilingui tendono a ricordare più a lungo la prima lingua che hanno imparato.

Come evitare che si senta scoraggiato, frustrato o annoiato

Per evitare che il malato di demenza sia vittima dello sconforto o della depressione, è bene assicurarsi che sia in grado di eseguire il compito assegnatoli e cercare di limitare la durata

dell'attività a circa 15 o 20 minuti. Se necessario, può essere opportuno aiutarlo e comunque interrompere al primo segno di stanchezza o di frustrazione. Poiché l'attività - sia fisica che mentale - comporta dispendio di acqua e zuccheri, è buona norma offrire al malato un bicchier d'acqua o un succo di frutta e magari anche una fetta di torta.

3. La PET THERAPY

3.1. Pet therapy positiva per i malati di Alzheimer

La pet therapy, ovvero la terapia diretta a soggetti con handicap, il cui scopo è di eliminare uno stato di malattia o ridurne gli effetti negativi sulla salute e più in generale di migliorare la qualità della vita e lo stato generale di benessere, ha effetti benefici anche sui malati di Alzheimer. In particolare la presenza di animali domestici si riflette positivamente su alcuni parametri comportamentali e cognitivi dei pazienti affetti da Alzheimer ricoverati presso strutture ospedaliere. I risultati dell'esperienza condotta per otto anni dall'Istituto Geraitrico Ca' Industria di Como: "Nella nostra esperienza la seduta si tiene in un apposito locale, dove ognuno dei ricoverati nel Nucleo Alzheimer viene invitato ad accarezzare e a spazzolare il cane, a porgergli piccoli bocconi, a camminare tenendolo al guinzaglio. Viene inoltre richiesto di rievocare possibili ricordi ed esperienze con animali e di rispondere a domande semplici, prevalentemente inerenti l'animale. Nel complesso abbiamo riscontrato un marcato miglioramento dell'attenzione e dell'interazione tra i ricoverati, una riduzione dei disturbi comportamentali, un miglioramento del tono dell'umore e spesso un'interazione verbale pertinente al contesto. In particolare, è stato riscontrato un miglioramento statisticamente significativo nell'ambito del linguaggio. Sembrerebbe inoltre confermata una lieve riduzione delle alterazioni cognitive", ha spiegato il dott. Bigatello. Il geriatra ha sottolineato che nei pazienti dementi, il senso di solitudine e abbandono, cui consegue quasi obbligatoriamente uno stato di depressione più o meno manifesto, è uno dei problemi assistenziali maggiori.

Da un recente studio pubblicato sul Journal of American Geriatric Society risulta che gli anziani possessori di animali da compagnia presentano un maggior benessere sotto il profilo psicologico e una maggior capacità a svolgere le attività della vita quotidiana rispetto ai coetanei che non posseggono animali. Altri studi segnalano effetti favorevoli sotto il profilo cardiovascolare, come una riduzione della pressione arteriosa nei possessori di cani.

I cani curano meglio degli umani, almeno per quanto riguarda risvegliare i sentimenti e stimolare l'attività fisica, e questo anche negli anziani con demenza grave. Lo dimostra un nuovo studio sulla pet therapy realizzato in un Centro Diurno Alzheimer di Firenze da un'equipe universitaria in collaborazione con gli esperti dell'associazione Antropozoa. Lo studio è stato condotto in due fasi. Per prima cosa i pazienti sono stati sottoposti per tre settimane ad attività con l'aiuto di peluche, poi i peluche sono stati sostituti con i due cani sempre per un periodo di tre settimane. Ciò che non è accaduto nella prima fase si è invece felicemente verificato nella seconda. Il contatto con i cani ha ridotto le manifestazioni di ansia e di tristezza, mentre ha aumentato in modo evidente quelle di piacere e interesse, sentimenti che in questa categoria di pazienti sono decisivi indicatori di qualità della vita.

Nel corso della seduta i malati sono usciti anche dall'immobilità con un significativo risveglio delle attività motorie. Ma ciò che ha dato particolare valore al test è che le positive variazioni di umore e di comportamento sono state osservate anche successivamente a distanza di ore. La pet therapy è più efficace del semplice contatto umano per migliorare il tono affettivo e aumentare l'attività fisica dei pazienti, peraltro secondo uno schema di benefici sulla demenza già ben individuato. La pet therapy può infatti ravvivare i meccanismi cerebrali dell'attenzione, stimola il coordinamento psicomotorio, riaccende motivazioni, aiuta a relazionarsi. Può ridurre i sintomi psicologico-comportamentali evocando emozioni positive, stimolazioni tattili piacevoli, elementi ludici. Arriva perfino a costruire una relazione non verbale con l'animale e, spingendo a portarlo a spasso, incentiva l'attività fisica.

3.2. PET Therapy

La pet-therapy o "Animal Assisted Therapy" (AAT) è largamente impiegata in vari contesti con risultati spesso molto soddisfacenti.

Nel 1981 è stata fondata la Delta Society con il compito di studiare gli effetti terapeutici della compagnia degli animali in svariate situazioni patologiche o para-patologiche.

Alla base della terapia stanno alcuni dati di fatto quali:

1) gli animali sono esseri viventi attivi:
2) interagiscono con gli esseri umani;
3) accettano di buon grado gli esseri umani e pertanto :
4) forniscono compagnia

5) sono in grado di offrire un supporto emozionale
6) possono risvegliare il senso di responsabilità verso gli altri.

E' da considerarsi una co-terapia, non è una panacea di tutti i mali, ma la relazione con l'animale e l'instaurarsi di un contesto ludico possono favorire stimolazione sensoriale, motoria, cognitiva ed agire sulla motivazione.

Nel 2006 il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova ha pubblicato i risultati di uno studio condotto su 144 persone istituzionalizzate senza disturbi cognitivi divise in tre gruppi che venivano messi a contatto per tre mesi con (a) un canarino; (b) con una pianta da appartamento e (c) gruppo di controllo.

Dopo tre mesi sono stati somministrati dei test: MMSE (Mini Mental State Examination) per valutare lo stato cognitivo, LEIPAD-SV per misurare la percezione soggettiva della qualità della vita, BSI per l'auto valutazione della presenza di sintomi psicopatologici. Le persone che erano state a contatto con i canarini presentavano un significativo miglioramento del BSI e della qualità della vita.
Le pubblicazioni riguardanti la AAT nelle demenze sono numerosissime e le metodologie adottate ed i criteri di valutazione sono estremamente variabili per cui i risultati quasi sempre non sono scientificamente confrontabili.

L'applicazione della AAT nelle persone affette da disturbi cognitivi è diffusa ed i suoi benefici vengono riportati con frequenza dalla letteratura specifica. Molti studi suggeriscono che la presenza di cani può ridurre l'aggressività ed i sintomi psichici alla demenza, anche se gli studi controllati hanno usualmente reclutato pochi pazienti.

Inoltre non è chiaro se la AAT sia più efficace se gli animali sono "residenti" rispetto a cicli terapeutici con animali "visitatori".

Frequentemente comunque la AAT viene realizzata con incontri bisettimanali per sei settimane che spesso sono in grado di ridurre l'indice di stress mentale.

Va comunque nuovamente sottolineato che le esperienze riportate in letteratura sono spesso aneddotiche, pertanto sarebbero necessari protocolli di studio precisi e possibilmente multidisciplinari per valutare obbiettivamente l'efficacia della AAT.

Un'accurata review della letteratura in argomento ha infatti potuto identificare solo nove studi metodologicamente affidabili, tutti riportanti miglioramenti delle funzioni globali e del comportamento sociale, risultati apparentemente non correlati alla gravità della demenza.

Una variabile importante è costituita dalle relazioni dei malati con i cani precedenti l'inizio della terapia.

3.3. Effetti della pet-therapy (AAT) sulla evoluzione dei disturbi cognitivi

STIMOLAZIONE COGNITIVA

- Presentazioni e approccio iniziale al cane

- Richiamo del cane (ricordare il nome del cane)

- Rievocazione di esperienze passate di vario genere

- Orientamento spaziale e temporale (data/stagione/luogo)

- Promemoria degli appuntamenti con il cane

- Descrizione del cane (colore, razza, le parti del corpo)

- Poster con le varie razze dei cani (qual è il nostro?)

- Immagini fotografiche (animali, oggetti, piante/fiori, ..)

- Il gioco dello zainetto (stimolazione mnemonica)

APPRENDIMENTO

- Comandi base (seduto/terra/zampa)

- Ricordare il procedimento del gioco (i conetti, la torta, i birilli)

COMUNICAZIONE
- Il linguaggio del cane (posizione della coda, delle orecchie)

- Interazione con gli altri partecipanti

BENESSERE
- Divertimento

- Attività motoria (allestimento del gioco)

- Collaborazione/condivisione

Inoltre, per esperienza di fisioterapista a contatto con molti anziani, è importante entrare in relazione con loro senza parlare del futuro (evocativo poi della morte), portare rispetto al malato utilizzando il "lei", sottolineare la considerazione per il malato, portare positività nella seduta indipendentemente dai risultati ottenuti, utilizzare ironia (con moderazione), scandire bene le parole senza umiliarli, agganciarlo con lo sguardo e assicurarsi sempre che abbia davvero capito ciò che si inizia ad eseguire, porsi davanti all'anziano in posizione più bassa e senza toccarlo (mai prima di aver chiesto il permesso al malato stesso), avere molta pazienza; ricordarsi sempre che nell'anziano, la vista ,l'udito e il tatto sono sempre i sensi più compromessi.

4. Scopo della tesi

Lo scopo di questa tesi è quello di mettere in evidenza come il binomio fisioterapista-conduttore-cane possa agevolare la terapia del paziente affetto da Alzheimer ed esaltare il ruolo della Pet Therapy nelle malattie cognitive.

5. Progetto Pet Therapy nell'Alzheimer

5.1. Caratteristiche della struttura

Questo lavoro è frutto di un'esperienza condotta presso il centro "Casa di Riposo Belvedere" ubicata a Lari, in provincia di Pisa. In questa struttura affluiscono pazienti con diagnosi di demenze cognitive, tra cui Alzheimer, da una vasta parte della Regione Toscana. La struttura ha dimensioni piuttosto vaste ed è facilmente raggiungibile in auto, ha un ampio parcheggio antistante per permettere agli operatori e ai cani di raggiungere la propria auto. E' presente un bel parco tranquillo ed immerso nel verde con spazi attrezzati con gazebo e tende, tavolini e sedie. Prima dell'entrata nella struttura, è presente anche un porticato. La palestra della casa di riposo dove vengono svolte le sedute, è ubicata a piano terra, è ampia e luminosa e si può accedere direttamente da un'entrata laterale che evita il contatto del cane con il personale della struttura ed altre persone eventualmente presenti. Prima della seduta è necessario predisporre il set, organizzando gli spazi e limitando l'area occupata dalle attrezzature ginniche, lasciando spazio sufficiente tra un paziente e l'altro per fare in modo che il cane abbia la possibilità di muoversi tra una sedia a rotelle e l'atra, calcolando le vie d'uscita dal set. Sono state individuate altre stanze vicine alla palestra che potrebbero servire per il binomio operatore-pet come luogo di pausa pre e post seduta.

5.2. Caratteristiche degli utenti

Dieci anziani residenti presso la casa di riposo Belvedere affetti da demenza senile o Alzheimer, compresi tra un'età di 65 anni e 90 anni, con livelli diversi di autosufficienza e gradimento della compagnia di un cane.

Con cautela è stato messo in contatto il cane con i pazienti che non erano in grado di esprimersi, pronti ad interrompere nel caso in cui ci fossero state reazioni negative.

5.3. Obiettivi

Gli obiettivi devono sempre essere condivisi con le figure di riferimento della struttura nella quale il progetto verrà svolto:

- Mantenimento delle funzioni cognitive
- Aumentare l'integrazione sociale
- Distogliere l'attenzione dai pensieri negativi
- Favorire il benessere riducendo l'ansia e il disorientamento
- Rinforzo dell'autostima
- Diminuzione dell'utilizzo dei mezzi di contenzione

5.4. Pianificazione

Il team ha definito gli obiettivi e le modalità operative in un incontro prima dell'inizio del progetto. L'equipe è formata da una coordinatrice, da un medico, da un fisioterapista, da una psicologa, da una animatrice e dal binomio pet-operatore.

Il team che opera nella singola seduta è formato dall'animatore, operatore- pet e fisioterapista.

E' utile avere informazioni sui pazienti che partecipano alla seduta e compilare una scheda formulata sull'osservazione ed elaborazione del profilo e definire gli obiettivi di miglioramento. Importante è scegliere il cane operatore per le sedute in base alle caratteristiche più idonee a lavorare con i pazienti prescelti.

E' inoltre fondamentale individuare le modalità operative per inserire il pet all'interno della struttura e quanti incontri svolgere alla settimana. Gli incontri sono della durata di circa un'ora con cadenza bi-settimanale.

Deve anche essere eseguita una verifica intermedia e finale con relazione

5.5. Attività

Otto incontri sono il minimo per iniziare un progetto che abbia una cadenza bi-settimanale di un'ora ciascuna.

La parte più importante è preparare la seduta facendo un iniziale sopralluogo nella struttura e quindi conoscere la stanza – palestra dove si svolgeranno le attività. È necessario un breve briefing con gli operatori presenti in struttura, se ci sono delle criticità o problematiche da parte dei pazienti. La valutazione dell'ambiente è importante per capire quali potrebbero essere le vie di fuga, i pericoli per il cane e utenti, ambienti di sgombro, odori, rumori e *quindi una criticità potrebbe trasformarsi in una possibilità.*

Lo schema da seguire è un semplice elenco da ricordare bene: anticipazione, prevedibilità, criticità, safe - zone, se - allora – altrimenti.

Le sedute prevedono una prima parte referenziale, atta alla descrizione o preparazione dei pazienti, alla parte che segue, nella quale vengono effettuate attività interattive e di relazione insieme al pet.

Deve essere eseguita una presentazione preliminare per conoscere i pazienti ed individuare eventuali problematiche e poi far conoscere l'animale ai pazienti stessi.

Sono utili supporti didattici come foto, cartellonistica, lavagna per rappresentare il cane e per descrivere tutte le parti del cane, aiutando così anche la memoria stessa. Le foto inoltre possono aiutare i ricordi, rievocando animali avuti nel passato ed aiutando la parte mnesica. La

cartellonistica può aiutare a dare spiegazioni semplici sulle varie razze di cani e individuare così il cane che in quel momento sta effettuando la seduta, in questo modo il paziente agisce sulla propria parte cognitiva, divertendosi. La lavagna invece può aiutare ad associare oggetti posseduti dal cane e stimolare la manualità da un lato e la memoria dall'altro.

Di seguito vengono riportati alcuni esempi di terapie da attuare durante la seduta:

1. far tirare una pallina dentro un tubo estensibile (attivazione motoria) e poi farsela riportare, i pazienti danno indicazioni aiutando il cane sulla direzione che deve seguire, per raggiungere la pallina (partecipazione e condivisione sociale per arrivare all'obiettivo).

   Si chiede quindi ai pazienti di cosa avrebbe bisogno il cane dopo aver tanto corso e qualcuno risponde che potrebbe avere sete, quindi preparazione della ciotola e offerta dell'acqua di proprietà del paziente, al cane (condivisione di un bene comune come l'acqua).

   Poi il cane non ha più sete, si chiede allora di cosa potrebbe avere bisogno ed alcuni pazienti ci dicono che potrebbe avere fame. Tutti allora a turno, porgono al cane, un bocconcino.

   Entrambe le azioni suddette hanno sicuramente stimolato i pazienti a prendersi cura del cane, individuando quello che poteva essergli necessario in questi momenti (problem solving).

2. introduzione di un peluche a forma di cane per parlare delle caratteristiche fisiche (descrizione, colore, forma…), stimolando così la memoria e l'esperienza tattile. Subito dopo entra il cane che saluta i pazienti, passando uno per uno e facendosi lisciare ed accarezzare; quindi la referenza animale è stata utilizzata per far ricordare e condividere ai pazienti alcuni aneddoti o ricordi riguardanti cani o altri animali posseduti in passato.

   In questo modo emergono anche piacevoli dibattiti su chi aveva avuto cani, grossi, belli, piccoli etc.; si chiede quindi, chi vuole spazzolare il cane (attività motoria e accudimento), i pazienti sono stati collaborativi ed hanno partecipato in modo attivo dimostrando il gradimento della vicinanza e del contatto con il cane, arrivando a chiamarlo vicino a loro e dedicandogli momenti di cura ed affetto. Naturalmente l'attività di gruppo ha favorito lo scambio di informazioni, condividendole.

3. far tenere una corda a due pazienti posti uno di fronte all'altro, a varie altezze così che il cane potesse passare sotto o sopra la corda. Quindi organizzare una sorta di mini percorso, stimolando la collaborazione fra pazienti, la riattivazione motoria e cercando di mettere in difficoltà il cane e poi metterlo nelle condizioni di risolvere un problema qualora l'ostacolo ad esempio, fosse troppo alto. Nonostante la compromissione cognitiva dei pazienti, si

possono verificare sempre più manifestazioni di aiuto, sostegno e dialogo tra pazienti e operatori, ma anche tra paziente e paziente.

4. chiedere la collaborazione dei pazienti nell'organizzare una piccola ricerca olfattiva all'interno della stanza; i pazienti decidono insieme all'operatore dove meglio nascondere i bocconcini. Questo serve a dare indicazioni più o meno precise al cane, disutendo poi su come faceva il cane a trovare il premio, scoprendo che ha un olfatto molto sviluppato. Questo esercizio può essere fatto da seduto oppure il paziente accompagnato dall'operatore sull'obiettivo, quindi praticare un'attività motoria finalizzata alla ricerca del boccone, diminuendo anche l'wondering (tipico vagabondare della persona affetta da Alzheimer) ed infine mantenere la concentrazione su quello che stavano svolgendo.

5. Mettere un'asticella di plastica dentro un birillo; mettere a distanza il birillo e il paziente con in mano l'asticella, può arrivare all'obiettivo o in carrozzina (se non c'è possibilità di deambulare) tenendo il cane al guinzaglio, oppure se deambula, fare una conduzione a doppio guinzaglio. Questo è un giuoco molto partecipativo da parte del gruppo, perché le persone incentivano e fanno il tifo perché il loro compagno possa centrare il birillo (partecipazione, condivisione e strategie per risolvere)

5.6. Strumenti di monitoraggio

Scambio continuo tra gli operatori del team con le figure di riferimento, anche fuori dal setting, per garantire un monitoraggio costante, allo scopo del miglioramento della qualità della vita.
Il gruppo operativo compila le schede di ogni paziente ad ogni seduta fino alla fine del progetto e sono valuta insieme alla struttura eventuali benefici ottenuti ed eventuali modifiche qualora ce ne fosse bisogno sul programma, ai pazienti e altri miglioramenti possibili. Vengono utilizzate foto e registrazioni delle sessioni allo scopo di valutare l'efficacia rispetto all'obiettivo.

5.7. Valutazione finale ed analisi dei risultati

I soggetti ai quali si è pensato di indirizzare l'intervento terapeutico sono stato scelti sulla base dei seguenti criteri:
- grado di compromissione medio-grave;
- assenza di manifestazioni d'avversione, rifiuto, paura nei confronti dei cani;
- capacità mnemonica sufficiente a conservare o costruire ricordi di eventi particolarmente significativi, per consentire una continuità nel rapporto settimanale con il cane;

- difficoltà nell'esprimersi e incapacità dimostrata a impegnarsi in altre attività;
- bisogno di un rapporto individualizzato.

Alcuni tra i pazienti ipotizzati si sono autoesclusi, poiché in grado di dichiarare il proprio disinteresse verso gli animali o manifestando insofferenza al loro avvicinamento, mentre altri hanno mostrato di gradirne la vicinanza e il piacere di accarezzare l'animale.

Osservando le varie sedute attentamente sono emerse delle indicazioni utili per proseguire l'attività al fine di ottenere interventi che facilitino il benessere dei pazienti in senso olistico con effetti sulla loro quotidianeità. In letteratura viene confermata la validità della Pet Therapy nel migliorare l'umore, la riduzione dell'ansia, nell'incrementare interazioni verbali, nel potenziare la memoria e breve e lungo termine e nella partecipazione alle attività di gruppo.

La scala di valutazione proposta :

Scheda di valutazione "a seduta"	***data:***	***Punteggio***
Area dell'attenzione	Dimostra interesse	
	Distrazioni varie	
	Manifesta estraneità (addormentamento, sbadiglio)	
	Fa domande	
Area delle emozioni	Sorride	
	Contentezza	
	Rilassamento	
Area dell'attività	Partecipa attivamente alla seduta verbalmente	
	Partecipa attivamente alla seduta manualmente	

Punteggio: 1 = scarso; 2 = sufficiente; 3 = buono

6. Conclusioni

Si può certamente affermare che la presenza del cane procura sollievo ai pazienti, riduce lo stato d'ansia, contribuisce a mantenere vive e attive alcune capacità, rallentando l'evolversi della malattia, e porta numerosi e intensi momenti di intimità e affettività rivolte non solo ai cani, ma anche agli operatori.

Tutti i cani utilizzati nel programma sono stati testati e preparati e, nel corso delle sedute hanno ben tollerato e sopportato impreviste "strizzate" e "tirate" di orecchie, abbracci improvvisi, forti e incontrollati, urla e grida: per questo motivo il cane che partecipa ad una seduta di questo tipo, è molto vulnerabile e ha bisogno della più attenta e scrupolosa protezione.